



EXPERTISECENTRUM ONAFHANKELIJK LEVEN WERKT AAN RAPPORT OVER MARKTWERKING IN DE ZORGSECTOR

Oktober 2009

Peter Lambrechts

Expertise centrum Onafhankelijk Leven

1

INLEIDING

In de aanloop naar de Vlaamse verkiezingen van 2009, werd marktwerking, in het debat over de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg, een belangrijk thema. Het debat over 'de economie van de zorg' is trouwens niet alleen in Vlaanderen zeer actueel. Ook internationaal staat de betaalbaarheid en de efficiëntie van publieke dienstverlening in de gezondheidssector ter discussie. Soms spreekt men zelfs over het einde van 'de moderne verzorgingsstaat'. De vergrijzing, en meer recent ook de economische crisis, hebben de vraag naar efficiëntie en doelmatigheid alleen maar urgenter gemaakt. Discussies over een terugtrekkende overheid en invoering van marktwerking in de publieke gezondheidszorg, hebben hun effect in heel Europa. Europa zelf, als overheid, zou hier trouwens ook een steeds grotere rol in kunnen gaan spelen.

De definitieve aanname van de Richtlijn betreffende diensten op de interne markt op 12 december 2006,¹ bracht dit debat in een stroomversnelling. De zogenaamde 'Dienstenrichtlijn', die aanvankelijk nog de 'Bolkestein-richtlijn' werd genoemd, legt voor het eerst een verband tussen de zorg en ondersteuning die in de welzijnssector wordt geboden enerzijds, en de interne marktbepalingen van de Europese Unie (vrij verkeer van diensten en vestigingsvrijheid) anderzijds².

Bovendien zijn er verschillende Europese landen waar marktwerking, als organisatiemechanisme, de 'zorgmarkt' nu reeds aanstuurt. Dit is zo, in belangrijke mate, in het Verenigd Koninkrijk en in Nederland. In Zweden is marktwerking in de ondersteuning van mensen met handicap, zelfs al zo'n 15 jaar een vaststaand feit³.

VAN VRAAGSTURING NAAR MARKTWERKING

Vermits marktwerking in een duidelijk, rechtstreeks verband staat met terminologie - liberalisering, privatisering en commercialisering - merken we dat dit concept zeer uiteenlopende connotaties oproept. De invulling van het concept 'marktwerking' is dan ook erg divers en onderhevig aan ideologische drijfveren⁴.

Maar naast ideologische posities zijn er nog andere factoren die het begrip en het gebruik van de term 'marktwerking' beïnvloeden en bepalen. De landenspecifieke beleidservaring speelt een belangrijke rol, en meer nog de specifieke 'scripts' (referentiekaders uit leefwereld en werkkring) die door de verschillende partijen gehanteerd worden⁵.

¹ Richtlijn 2006/123/EG van het Europees Parlement en de Raad van 12 december 2006 betreffende diensten op de interne markt, *PB* 2006, L 376/36.

² Verdonck Ingrid & Prof.dr. Put Johan, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin "Ontwikkelingen betreffende de Europese Dienstenrichtlijn en de zorgsector", 2008

³ **Directe financiering in de zorg. Stand van zaken in 8 Europese landen.**

- Auteurs: Decruynaere Elke, Van Hauwermeiren Juliska, Expertisecentrum Onafhankelijk Leven.

- Publicatiedatum: Februari 2009

⁴ Verdonck Ingrid & Prof.dr. Put Johan, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin "Begrippen en effecten van marktwerking: een literatuurverkenning" 2008

⁵ Dr. Paulus A., Dr. van Raak A. en Dr. Mur-Veeman I. Marktwerking is ... ?

<http://www.bestuurskunde.nl/publicaties/bestuurskunde.php?artikel=2001,8,10,5,4>

Als men niet duidelijk definieert waarover men spreekt, en niet bereid is om genuanceerd en zonder vooringenomenheid te onderzoeken op welke wijze de zorg het beste georganiseerd wordt, dreigt men binnen de kortste keren vast te lopen in begripsverwarring en een ideologische stellingenoorlog. Dit was het geval toen het thema plots opdook bij de recentste regionale verkiezingen in juni 2009. Nochtans is er wel een groot draagvlak voor vraagsturing als belangrijkste principe in de organisatie van de gehandicaptenzorg. Dit blijkt onder andere uit het feit dat het Vlaams Parlement in plenaire vergadering het Decreet van 12 december 2001⁶, betreffende het persoonsgebonden budget, heeft aangenomen. In de memorie van toelichting bij dit decreet lezen we dan ook duidelijk, dat men met dit Decreet het recht op autonomie van personen met een handicap nastreeft, door een behoeftegestuurde zorg en een behoeftegestuurde betoelaging van voorzieningen (= vraagsturing) via persoonsgebonden budgetten.

Op het zorgcongres, van 11 december 2003 wisselden academici, de werknemers en werkgevers van de zorgsector, en de gebruikers van gedachten over de toekomst van de zorg. Ook daar was er unanimitieit over vraagsturing als uitgangspunt in de zorg.

“Recent werden er vele discussies gevoerd vanuit de tegenstelling tussen aanbodgestuurde zorg en vraag- of behoeftegerichte zorg. Het gaat hierbij bijvoorbeeld over het debat rond de mate van zorgplanning en meer in het bijzonder over de (gewenste) mate van initiatief door de zorgorganisaties zelf én de mate waarin de zorgorganisaties door de overheden worden gestuurd. Het gaat eveneens over de aard van de financiering: moeten zorgbehoevende personen worden gesubsidieerd voor het organiseren van zorg? Bij het beantwoorden van die vragen moeten we ons in eerste instantie laten leiden door de zorgbehoevende persoon en zijn omgeving. Het zorgmodel van de toekomst zal ter zake een coherente en genuanceerde visie moeten ontwikkelen, maar moet in elk geval vanuit de gebruiker vertrekken.”⁷

Er is dus een groot draagvlak voor zorg op maat en vraagsturing.

Ook meer recent, na het verschijnen van een meerjaren analyse van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap⁸ over de evolutie van de zorgvragen, bevestigden de stakeholders dit opnieuw, in een hoorzitting van de parlementaire commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van het Vlaams Parlement van 21 april 2009⁹. Naast de vraag om meer middelen voor de sector, werd er gepleit voor een verregaande reorganisatie en effectieve zorgvernieuwing. Dit vanuit de behoefte en de noodzakelijkheid om zorg en ondersteuning op maat te kunnen realiseren, met vraagsturing en keuzevrijheid als belangrijkste principes. Praktisch vertaalt deze omslag zich in een nieuwe, algemene vorm van financiering, namelijk het persoonsgebonden budget. Men is het dus eens over het principe van ‘vraagsturing’. Maar die eensgezindheid gaat verloren in discussies over de invoering van marktwerking in de zorg en ondersteuning.

Nochtans is iedereen die zich een voorstander noemt van vraagsturing, inherent ook een voorstander van de invoering van marktwerking. Want vraagsturing is net één van de

⁶ <http://jisp.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2001-2002/g868-4.pdf>

⁷ <http://www.gripvzw.be/nieuwsbrief/printbaar/051112.pdf>

⁸ Dat is de administratie die verantwoordelijk is voor de organisatie en uitvoering van de gehandicaptenzorg.

⁹ <http://jisp.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2008-2009/g2252-1.pdf>
[http://www.vgph.be/index.php?id=481&no_cache=1&sword_list\[\]=hoorzitting](http://www.vgph.be/index.php?id=481&no_cache=1&sword_list[]=hoorzitting)

mogelijke marktmechanismen, net zoals prestatievergelijking, prestatie contracten of aanbesteding, die men kan toepassen bij het introduceren van marktwerking¹⁰ in de zorg. Natuurlijk kan men marktwerking via één of meerdere van deze marktmechanismen, in verschillende mate en op verschillende manieren toelaten. Het gaat dus zeker niet om een dwingende keuze tussen een volledige vrije markt enerzijds of een absolute overheidscontrole anderzijds. Er bestaan vele gradaties en varianten.

De kernvraag is: Op welke wijze zal de evolutie van minder overheid-, naar meer markt, de zorg en ondersteuning-, en bijgevolg ook de levenskwaliteit van personen met een handicap, beïnvloeden. Is dit een bedreiging of juist een opportuniteit? Om dat te kunnen bepalen, moeten we weten waarover we spreken. Een essentiële eerste stap is zicht krijgen op de gehanteerde economische terminologie. Daarom is het ook zinvol eerst een aantal verwante termen nader verklaren.

BEGRIPSAFBAKENING

Eén van die termen is privatisering. **Privatisering** betekent dat bepaalde diensten die voorheen volledig in handen waren van de overheid, voortaan ook geheel of gedeeltelijk door private initiatiefnemers aangeboden kunnen worden¹¹. Zo kenden we bijvoorbeeld recente privatiseringen in de telefonie sector in heel Europa. In tegenstelling tot wat men misschien zou veronderstellen, is de zorg en ondersteuning van personen met een handicap in Vlaanderen bijna volledig geprivatiseerd, en dat is altijd al zo geweest. De enige uitzonderingen zijn een aantal voorzieningen en diensten die in handen zijn van een lokaal bestuur, een OCMW of een provinciebestuur. De private spelers op onze zorgmarkt zijn echter 'non-profit of social-profit' organisaties (veelal vzw's), die gesubsidieerd en gereguleerd worden door onze overheid. De overheid heeft de sturing van deze aanbieders strak in de hand. Eenieder die een dienst of voorziening in de gehandicaptenzorg wil opstarten of wil uitbreiden, moet hiervoor een vergunning en een erkenning aanvragen¹² via het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). Om zo'n erkenning te krijgen moet men zorg en ondersteuning aanbieden die overeen stemt met één van de 16 erkenningcategorieën (bijvoorbeeld : tehuis niet werkenden) en die bovendien past in de centrale planning. Die planning vertrekt vanuit de budgettaire ruimte van het uitbreidingsbeleid en gebeurt op basis van de regionale zorgplannen van het Regionale Overleg Gehandicaptenzorg. Alvorens de leidend ambtenaar van het VAPH een erkenningsbesluit goedkeurt, moet er een heel parcours doorlopen worden. Ondanks de sterke privatisering in de Vlaamse gehandicaptenzorg is er dus totaal geen sprake van marktwerking.

Commercialisering daarentegen, wil zeggen dat we ook 'for-profit' spelers op de markt gaan toelaten. Dat er door het beleid ruimere toetredingsmogelijkheden worden gecreëerd, opdat commerciële zorgaanbieders in eerlijke concurrentie met elkaar en de social-profit zorgaanbieders kunnen gaan. In Vlaanderen is er geen mogelijkheid voor winstgerichte bedrijven om toe te treden tot de zorgmarkt. De wettelijke regeling sluit immers elke 'for-

¹⁰ Blokland D. Een afwegingskader voor marktwerking in semi-publieke sectoren TPEdigitaal 2008 jaargang 2(1) 47-61.

¹¹ Verdonck Ingrid & Prof.dr. Put Johan, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin "Begrippen en effecten van marktwerking: een literatuurverkenning" 2008.

¹² <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/776477-Vergunning+en+erkenning.html>

profit' onderneming uit¹³. Het is vooral tegen commercialisering in de zorg, dat er internationaal grote weerstand bestaat¹⁴. Voornamelijk ethische argumenten, zoals bijvoorbeeld de stelling, dat men geen winst mag maken met overheidsgeld, dat bestemd is voor de ondersteuning van mensen met een beperking, worden nogal eens op tafel gecoid.

Interessant is hier de vergelijking met de bejaardenzorg, vermits die ook met overheidsgeld en op een vergelijkbare manier, gesubsidieerd wordt. Zij wordt betoelaagd per 'cliënt' op basis van een zorgzwaarte inschaling, maar heeft in tegenstelling tot voorzieningen in de gehandicaptenzorg, een zekere vrijheid om de persoonlijke bijdrage te bepalen. In deze sector is er bovendien geen toetredingsverbod voor commerciële aanbieders. Zo bestaat er in elke Vlaamse provincie een gemengd aanbod van rust- en verzorgingstehuizen, alsook van serviceflats. In dat aanbod zitten tal van commerciële (NV's of bvba's) residentiële voorzieningen voor bejaarden¹⁵, die op dezelfde wijze erkend en gesubsidieerd worden als de publieke of non-profit aanbieders. Deze commerciële rusthuizen worden, zolang ze aan bepaalde normen en regels voldoen, nochtans niet als moreel verwerpelijk beschouwd.

Nog zo'n term is **liberalisering**. Zoals het woord zelf al doet vermoeden, gaat het hier om 'vrij maken'. Als economisch principe bedoelt men hiermee-, dat de overheid beperkingen en barrières om toe te treden tot een bepaalde markt-, opheft en dus concurrentie toestaat. Er zijn veel parallellen met commercialisering. Bij commercialisering ligt de nadruk op het toelaten van winstgerichte partijen en vrije concurrentie. Liberalisering heeft als primaire bedoeling keuzevrijheid te creëren voor de consument en eventuele monopolie- of dominantiesituaties te doorbreken. Dit door ruimte te scheppen voor marktwerking en voor andere aanbieders.

Zo belanden we bij, wellicht de moeilijkst te definiëren term : **marktwerking**. Als men marktwerking abstract economisch gaat omschrijven, heeft men het al vlug over volledige concurrentie, vrije prijszetting, enzovoort. De markt is dan een hypothetische plaats waar vragers en aanbieders elkaar ontmoeten en als het ware geleid wordt door 'een onzichtbare hand', om steeds opnieuw hun nut of winst van materiële of immateriële goederen en diensten te kunnen maximaliseren¹⁶. Marktwerking zorgt dan automatisch voor een perfecte afstemming tussen vraag en aanbod, zowel qua prijs als qua kwaliteit.

TOEPASSING OP DE ZORGSECTOR: DE GEREGLAERDE MARKT IN VLAANDEREN

Dat is de theorie, maar is dit economische principe ook toepasbaar in de zogenaamde 'zorgmarkt'? De markt van zorg en welzijn is immers atypisch en wordt daarom wel eens quasi-markt¹⁷ genoemd, of ook 'gereguleerde markt', om het onderscheid te maken met zogenaamde 'vrije' markten, waar ingrijpen of regelgeving van de overheid onnodig is.

¹³ Art. 8bis BVR van 15/12/1993 Publicatie : B.S. 11.3.1994

¹⁴ <http://www.zorggeenmarkt.nl/manifest.php>

¹⁵ http://www.zorg-en-gezondheid.be/adressen_ouderenzorg.aspx

¹⁶ Dr. Paulus A., Dr. van Raak A. en Dr. Mur-Veeman I. Marktwerking is ... ?

<http://www.bestuurskunde.nl/publicaties/bestuurskunde.php?artikel=2001,8,10,5,4>

¹⁷ Le Grand J. "Quasi-Markets and Social Policy", *The Economic Journal* 1991.

Marktwerkingsmechanismen zijn wel degelijk toepasbaar in zo'n gereguleerde zorgmarkt¹⁸. Prof. Dr. Put omschrijft marktwerking als volgt :

“een organisatievorm waarbij het evenwicht tussen vraag en aanbod, alsook de kwaliteit van het aanbod, automatisch wordt bereikt door het vrije initiatief van de zorgaanbieders en hun onderlinge concurrentie”.

Hieruit leren we dat marktwerking niet alleen de prijs en de kwaliteit van het aanbod beïnvloedt, maar ook dat marktwerking een organisatie- of sturingsmechanisme is. De kernvraag is echter: Hoe zal dat sturingsmechanisme de Vlaamse zorgmarkt vorm geven, en wat zullen de gevolgen zijn voor mensen met handicap?

Om dat te kunnen onderzoeken moeten we eerst focussen op de huidige situatie van de zorgvrager. Als men in Vlaanderen als persoon met een handicap nood heeft aan assistentie en/of begeleiding die de draagkracht van het persoonlijke netwerk overstijgt, of als men verkiest om niet langer afhankelijk te blijven van bijvoorbeeld zijn ouders, moet men zich wenden tot het VAPH. Op basis van een multidisciplinair verslag door een zorg-MDT (Multi Disciplinair Team) beslist een Provinciale Evaluatiecommissie of je een toegangsticket krijgt tot een bepaalde erkenningcategorie/zorgformule¹⁹. Je specifieke vraag om ondersteuning volgt een administratieve weg en wordt zo herleid tot een van die bestaande erkenningcategorieën. Het feit dat de ondersteuning gesubsidieerd en formeel gecontroleerd wordt als totaalpakket, als te voren omschreven zorgformule, maakt het voor zorgaanbieders uiterst moeilijk, zo niet onmogelijk om te ondersteunen op maat. Een bijkomend belangrijk probleem is dat er voor de meeste zorgvormen zeer aanzienlijke wachtlijsten zijn, waardoor het vaak jaren duurt vooraleer je als zorgvrager een aanbod krijgt. Dit komt doordat de overheid jaarlijks met een gesloten budget werkt dat onvoldoende is om alle zorgvragen te beantwoorden. In het meest recente zorgregierapport²⁰ kunnen we nalezen dat het aantal wachtende zorgvragers elk jaar stijgt. Er waren op 31/12/2008 17.265 actieve zorgvragen, waarvan 10.785 dringende vragen, waaronder er 2.364 zorgvragen die al meer dan 2 jaar geregistreerd staan, zonder oplossing.

Je vraag is een dossier geworden, dat behartigd wordt door een contactpersoon op de bemiddelingsvergaderingen van de Centrale Registratie van Zorgvragen (CRZ bemiddelingen of wat men voorheen de 'wachtlijstvergaderingen' noemde). Zo'n contactpersoon is een medewerker van een voorziening of een verwijzende instantie of in zeer uitzonderlijke gevallen een medewerker van een gebruikersvereniging. Hij heeft als opdracht je dossier naar de 'open plaats' te bemiddelen.

De realiteit is dat er voor elk open aanbod er meestal een veelvoud aan 'geschikte' kandidaten zijn. Het VAPH tracht via de zorgregie de meest dringende zorgvragen voorrang te geven. Voor elke zogenaamde match tussen een dringende zorgvraag en een beschikbaar zorgaanbod, moet men tegelijk vaststellen dat vele anderen opnieuw uit de boot vallen. De zorgregie legt grote druk en verantwoordelijkheid bij deze vergaderingen om steeds maar positief te blijven mee puzzelen aan een uitzichtloos scenario. De contactpersonen moeten zich blijven aanpassen aan elkaar snel opvolgende omzendbrieven, men werkt met urgentiecodes of prioriteitengroepen en knelpunt dossier of noodsituatie, maar kan niet vermijden dat vele mensen met een handicap jarenlang tevergeefs moeten wachten op

¹⁸ Canoy M. Marktwerking in de zorg : ondernemende zorg of zorgende ondernemers / TPEdigitaal 2009.

¹⁹ Handinfo Vlaams Fonds 4^e herziene uitgave maart 2006.

²⁰ <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/464335>

noodzakelijke ondersteuning. Soms leidt dit gebrek aan gepaste ondersteuning ertoe dat mensen met een beperking dakloos worden of voor lange periodes in gevangenissen, bejaardentehuizen of psychiatrische instellingen belanden.

Als persoon met een dringende zorgvraag heb je door de schaarse mogelijkheden en de zorgregie, in werkelijkheid geen keuzevrijheid. Je mag al van geluk spreken indien je een aanbod krijgt alvorens je gebrek aan ondersteuning tot een crisissituatie leidt. Maar ook indien je wel een aanbod krijgt, heb je geen enkele garantie dat dit tegemoet komt aan jouw specifieke, individuele ondersteuningsnood -en sta je bijzonder zwak om hier iets aan te veranderen. De enige erkenningcategorie van het VAPH die hier een uitzondering op maakt, is het persoonlijk assistentiebudget (PAB)²¹. Deze vorm van directe financiering zorgt er voor dat de persoon met een handicap wel impact kan hebben op zijn ondersteuning. Al moeten we hier toch ook waakzaam zijn tegenover overheidsmaatregelen die de keuzevrijheid en de vraagsturing die inherent zijn aan het PAB systeem, zouden beknotten²².

Het is duidelijk dat het huidige antwoord dat onze overheid biedt, aan zorgvragende personen met een handicap, tekort schiet. Zelfs indien we de budgettaire problemen buiten beschouwing laten, is de organisatie van de zorg ontoereikend. De wijze waarop zij georganiseerd wordt is dermate planmatig en staat zo ver weg van de individuele zorgvraag dat er geen sprake is van zorg op maat..

Dit staat niet alleen haaks op het brede draagvlak voor zorg op maat en vraagsturing. Ook concepten zoals kwaliteit van bestaan of het burgerschapsparadigma hebben in die mate ingang gevonden bij personen met een handicap en het brede middenveld dat een structurele reorganisatie van de zorg en ondersteuning niet langer kan uitblijven²³.

We stellen vast dat de strakke controle die de Vlaamse overheid heeft over de aard en de prijs van de zorg, nefaste gevolgen heeft voor de Vlaamse zorgvragers. Directe financiering en vraagsturing kunnen een positieve kentering betekenen. Vandaar ook de grote hoop en verwachting die de sector heeft met betrekking tot het huidige experiment met het persoonsgebonden budget (PGB)²⁴.

²¹ <http://www.bol-budiv.be/pab/>

<http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/10526-Persoonlijke-assistentiebudget+%28PAB%29.html>

²² [Eerste uitvoeringsbesluit van het Decreet betreffende de zorg en bijstandsverlening](#)

- Auteur: Jos Huys

- Publicatiedatum: Juni 2009

²³ Goed leven zonder instituut G. Van Hove & J. Van Loon in Alert 2006 nr 4

<http://www.pow.be/Portals/pow/alert/pdf/AT324084GLZ10VLJ.pdf>

²⁴ <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/3136548-Persoonsgebonden+budget+%28PGB%29.html>

<http://www.bol-budiv.be/pgb/>

VOORLOPIGE CONCLUSIES

Vanuit bovenstaande beschrijving van de huidige situatie van de wijze waarop vraag en aanbod elkaar in Vlaanderen (niet) vinden, kunnen we vertrekken om te onderzoeken welke veranderingen wenselijk zijn en tot stand kunnen komen, via de toepassing van bepaalde marktmechanismen.

Het Expertisecentrum Onafhankelijk Leven investeert in studiewerk over dit thema. In juli 2009 startte Peter Lambregts als beleidsmedewerker op dit onderwerp.

Marktwerving in de zorg is een complex gegeven dat met de nodige diepgang en deskundigheid geanalyseerd dient te worden, want dit onderwerp is te belangrijk om links te laten liggen.

Wij hopen met deze inleiding tot ons rapport in wording, alvast uw belangstelling te hebben. Eind 2009 publiceren we hierover ons eerste rapport.